

Save

Print



RESPIRO-Aplicacion de Solicitud

Porfavor de enviar a: Clearbrook Respite Coordinator: Michelle Bosco
 1835 W Central Rd, Arlington Heights. Illinois, 60005
 (847) 385-5335 email - mbosco@clearbrook.org

- Residencial (24HORAS)
 En Casa
 Vale
 Grupo (día)

INFORMACION PERSONAL DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: (Ciudad, Estado, Codigo Postal) _____

Condado: _____

Referido por: _____

Marque uno:

- Vivo con mis padres
 Vivo en otra facilidad en la comunidad

Otro (Describa) _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

El solicitante es: Hombre Mujer
 Numero de Seguro Social: _____

Idioma principal: _____ Idioma secundario: _____

Nombre de la madre/guardian: _____ Correo electrónico: _____ Celular: _____

Dirección (solo si es diferente): _____

Nombre del padre/guardian: _____ Correo electrónico: _____ Celular: _____

Dirección (solo si es diferente): _____

Contacto de emergencia adicional: _____ Relacion con el cliente: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Dirección: (Ciudad, Estado, Codigo Postal) _____

Es el solicitante su propio guardian?

Si No (porfavor indique abajo)

Nombre(s) de los guardianes: _____

Tipo de guardiancia: _____

¿Recibe actualmente alguno de los siguientes servicios? Marque todo lo que corresponda.

- DHS 24 horas CILA
- Familia DHS CILA
- Servicios Basados en el Hogar del DHS
- Servicios de Entrenamiento para el Desarrollo del DHS (solo DT)
- División de Servicios de Rehabilitación (DRS) - Salud en el Hogar
- División de Servicios de Rehabilitación (DRS) - Servicios Vocacionales
- Vale de Respiro financiado con Fondos de Subvención de otra agencia
- Fondos de Subvención financiada en casa (87D) de Respiro de otra agencia
- Vales de Respiro por la Junta de Salud del Condado de McHenry Fondos de Respiro de otra agencia
- Servicios de Cuidado Terapéutico del DCFS
- Servicios de Exención de la División de Atención Especializada para Niños (DSCC) de HFS
- Servicios sin Exención de la División de Atención Especializada para Niños (DSCC) de HFS
- No estoy seguro
- Ninguno

El solicitante tiene un coordinador de casos (supervisor de caso)?

Si (porfavor indique abajo) No

Nombre: _____ Agencia: _____

Email: _____ Teléfono: _____

RIN de Medicaid (si aplica porfavor incluir copia de la tarjeta) _____

¿Está en la lista de priorización por urgencia de necesidad de servicios (PUNS)?

Si No

SERVICIOS DE CUIDO DE RESPIRO (use páginas adicionales si es necesario)

Porque el cuidador necesita servicios de respiro?

De qué manera será de beneficio este servicio para los cuidadores? Que estarán haciendo durante este tiempo?

Los cuidadores normalmente reciben servicios por medio de otro programa? Si es así, que programa?

En su opinión, estaría el solicitante "en riesgo" si los cuidadores no reciben estos servicios? Si es así favor describa como (ej. estaría solo en casa, riesgo de institucionalización)

Sin el servicio de respiro, que opciones de servicios tendría el cuidador?

- Ninguno
- Hospital
- Facilidad de largo cuidado
- Utilizar cuidador alternativo (cuando es posible)
- Otro:

Firmando esta solicitud, certifico que he leído y entiendo los Requisitos y Instrucciones del Programa de Respiro. Por este medio afirmo que toda la información proporcionada en esta solicitud es precisa y verdadera. Doy mi consentimiento para que la Coordinadora de Respiro de Clearbrook verifique si mi familia recibe asistencia de alguna otra agencia o proveedor, pagado o no.

Reconozco que cualquier intento de dar documentación falsa o inexacta puede llegar a descalificarme a recibir fondos provenientes de Clearbrook, ahora y en un futuro.

Firma de la persona que llena la solicitud _____ Fecha: _____

Relacion con el solicitante: _____

Firma del individuo/guardian _____ Fecha: _____

Para Uso Interno Unicamente

SOLICITUD DEL CUIDADOR DE RESPIRO

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE RESPIRO:

<u>PARA USO INTERNO DE CLEARBROOK UNICAMENTE</u>	
Programa y horas aprobados:	
Notas de discusión para determinar la necesidad:	Accion tomada: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Fecha de la acción:
Coordinadora de Respiro de Clearbrook que autoriza la firma:	Fecha:



Revelar Información

Yo autorizo revelar información médica, económica, personal y de otros programas a la agencia

_____, agente fiscal / empleador y el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS). Esta información puede ser revelada con el propósito de determinar mi elegibilidad para programas, planear mis servicios, apoyos y monitorear la entrega de servicios. La información también puede ser usada para auditorias de agencias que proveen mis servicios y la revisión de los programas. La información puede ser revelada solamente si es necesaria para lograr estos propósitos.

**Este documento para revelar información es válido hasta _____ (Fecha que Caduca).
(Debe ser completado)**

Las agencias autorizadas a recibir esta información son:

- * Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;
- * Administración del Seguro Social de los Estados Unidos;
- * Departamentos de Servicios Humanos, Cuidado de Salud y Servicios Para Familias y Salud Pública de Illinois;
- * Otras agencias del estado de Illinois que administran el programa de exención para Servicios Basados en el Hogar y Comunidad de Medicaid;
- * Junta de Educación del Estado de Illinois; y
- * Agencias locales bajo contrato con DHS que prestan y coordinan servicios, servicios de agentes de empleo u otros apoyos y servicios que participan en mi plan de servicios individuales.

Yo entiendo que tengo el derecho de ver y copiar la información que se revela sobre mí. También, entiendo que tengo el derecho a rehusar revelar información pero que DHS aún puede revelar la información de acuerdo con la Ley de Confidencialidad y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Nombre del Individuo (letra de molde): _____

Firma del Individuo o representante autorizado: _____

Firma de Testigos: _____ Fecha: _____

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN - La información recibida sobre el individuo debe ser manejada de acuerdo con los requisitos de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo (740 ILCS 110) y la ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

(antes DMHDD - 1214)

IL462-1214S (R-12-13) Release of Information